

様式 4 号の 2

第三者行為による傷病届（交通事故以外）

国民健康保険法施行規則第 32 条の 6（高齢者の医療の確保に関する法律施行規則第 46 条、介護保険法施行規則第 33 条の 2）の規定により次のとおりお届けします。

年 月 日

様

世帯主 住所 \_\_\_\_\_  
 氏名 \_\_\_\_\_  
 電話 \_\_\_\_\_

被害者	フリガナ				生年月日	大 昭 平 令			年 月 日 ( 才)		
	氏名				性 別 (任意)	男・女		職 業			
		法制	国保・退職	記号番号					個人番号		
			後期高齢者	被保険者番号			個人番号	※記載の必要ありません。			
		介護保険	被保険者番号			個人番号	※記載の必要ありません。				
電話(連絡先) ※		( ) -				※日中連絡可能な連絡先を記載してください。					
第三者(加害者)関係	加害者	住所※									
		電話(連絡先)	( ) -								
		フリガナ				性 別 (任意)	男・女	年 齢	才	職 業	
	氏名※										
	責任者との関係	本 人 ・ 従 業 員 ・ 親 族 ・ その他 ( )									
	責任者(使用者・所有者等)	住所(所在地)									
		電話(連絡先)	( ) -								
		名称									
代表者											
加害者との関係	使用者 ・ 所有者 (占有者) ・ 保護者 ・ その他 ( )										
加害者の賠償責任保険の有無		有 (保険会社等の名称 担当者名 ) ・ 無 ・ 不明									

受傷の内容	受傷日時	年 月 日		午前	時	分頃	
	受傷場所						
	受傷原因と状況	(どのようにして受傷したか具体的に記入してください)				※種別に <input checked="" type="checkbox"/> を記入	
						<input type="checkbox"/> けんか <input type="checkbox"/> 動物による咬傷 <input type="checkbox"/> 施設での事故 <input type="checkbox"/> 食中毒 <input type="checkbox"/> 家庭内暴力 <input type="checkbox"/> その他	
	警察署への届	届出済・未届	所轄警察署		警察署		
	目撃者	あり ( )・なし					
心身の状況	加害者	正常・いねむり・疲労・飲酒・病気 ( )					
	被害者	正常・いねむり・疲労・飲酒・病気 ( )					
治療関係	傷病名						
	医療機関の所在地・名称						
	診療の期間(見込期間)	年 月 日より 年 月 日まで 入院・外来の別(入・外)	年 月 日より 年 月 日まで 入院・外来の別(入・外)	年 月 日より 年 月 日まで 入院・外来の別(入・外)			
示談	示談が成立した ( 年 月 日)・交渉中・示談はしない 示談をする予定 ( 月ごろ)・裁判の見込み						
損害賠償金を受領した場合	名 目	金額又は品名		受領年月日			
損害賠償に関する交渉の経過							

- 1 被保険者が未成年者の場合は親権者、又は世帯主が届け出てください。
- 2 損害賠償に関する交渉の経過は詳細に、例えば〇月〇日見舞金をどれだけ受け取った、医療費、付添いの費用はどちらで負担する等を記入し、示談が成立した時は示談書の写しを提出してください。
- 3 提出時まで不明な点はそのままにして提出し、後日判明次第連絡してください。
- 4 加害者が不明な場合は、その旨書いてください。
- 5 性別の記入は任意です。

連 絡 先	課 係	担当者 ( )
		電 話 ( )